

(B1-B2 Grubundan müracaat eden Hekimler için)

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

DENİZLİ

Aile Hekimliği Uygulamasında Görev Yapan Aile Hekimi Uzmanları İçin;

25.12.2006 tarihi itibarıyla ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz İlçesi Aile Sağlığı Merkezi 20/...../..... no'lu Aile Hekimliği Biriminde **Aile Hekimi Uzmanı** olarak görev yapmaktayım.

Aile Hekimliği Uygulamasında İlk Defa Görev Alacak Aile Hekimi Uzmanları İçin;

İlimiz.....ilçesi.....de **Aile Hekimi Uzmanı** olarak görev yapmaktayım.
...../.../2017 tarihinde yapılacak olan Aile Hekimliği yerleştirme kurasına katılmak istiyorum.
Gereğini arz ederim.

...../...../2017

Uzm.Dr:.....

İmza:

TC.No:.....

ADRES VE TELEFON :
.....

EKLER:

1. Aile hekimliği uygulaması için başvuru formu,
2. Geçerli kimlik fotokopisi fotokopisi,
3. P.B.S. Çıktısı (Güncel, itirazım yoktur yazılıp imzalanacak.)
4. Sağlık Bakanlığı dışındaki kamuda görevli aile hekimleri için muvafakat belgesi,